

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, 01523-000 São Paulo-SP, 11 3347-5555

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

INTERESSADO(A)	Nome completo (Registro Civil):				
	Nome Social (se houver):				
	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	Estado Civil:	Data de Nascimento:
	Nome do pai:			Nome da mãe:	
	Carteira de identidade (RG):	Data de expedição:		Órgão Expedidor:	CPF:
	Título de eleitor nº:	Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:
ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço:				nº
	Complemento:		Bairro:		
	Município:		UF:	CEP:	
	Fone fixo ()	Fone celular ()		E-mail	
MODO DE ENTREGA/ DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZO o ENVIO DOS MEUS DOCUMENTOS VIA CORREIO AO ENDEREÇO ABAIXO:				
	Rua, Alameda, Tv., etc.				nº
	Complemento		Bairro		
	Município		UF	CEP	
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS				
Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino)					
Estágio Supervisionado (Atuações)					
DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.					
REQUEIRO ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/0979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.					
Local e Data _____, ____/____/____					

Assinatura (CANETA PONTA GROSSA, utilizar todo espaço sem ultrapassar as bordas)